

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini menjelaskan tentang 1. Konsep dasar *Sectio Caesarea*, 2. Konsep nyeri akut, 3. Konsep asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien *post op sectio caesarea*.

1.1 *Sectio Caesarea*

2.1.1 Definisi

Sectio Caesarea adalah jalan alternatif menyambut kelahiran seorang bayi melalui operasi plastik, pembedahan dilakukan pada perut dan rahim (Saputri & Solihah, 2013). *Sectio caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amin Huda Nurarif, S, Kep., 2015). *Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Suatu proses pembedahan setelah operasi atau post operasi akan menimbulkan respon nyeri. Nyeri yang dirasakan ibu post partum dengan SC berasal dari luka yang terdapat pada perut (isnaeni, ana pertiwi, and iriantom, 2012). Keparahan nyeri pasca operatif tergantung pada psikologis dan fisiologis individu dan toleransi yang ditimbulkan nyeri (Afifah, 2016)

Tindakan *sectio caesarea* merupakan pilihan utama bagi tenaga medis untuk menyelamatkan ibu dan janin saat menghadapi persalinan yang disertai penyulit. Ada beberapa indikasi dilakukan tindakan *sectio caesarea* di antaranya gawat janin,

diproporsi sepalopelvik, persalinan tidak maju, plasenta previa, prolapsus tali pusat, letak lintang, panggul sempit dan preeklampsia (Pransiska, 2015)

Dari beberapa pengertian diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus.

2.1.2 Etiologi

Pada pembedahan *sectio caesarea* rasa nyeri biasanya dirasakan pasca melahirkan, karena pada waktu proses pembedahan *sectio caesarea* dokter telah melakukan pembiusan pengaruh obat bius biasanya akan menghilang sekitar 2 jam setelah proses persalinan selesai. Setelah efek habis rasa nyeri pada bagian perut mulai terasa karena luka yang terdapat di bagian perut. Nyeri pasca bedah akan menimbulkan reaksi fisik dan psikologis pada ibu *post partum* seperti mobilisasi terganggu malas beraktifitas, sulit tidur, tidak nafsu makan, tidak mau merawat bayi sehingga perlu adanya cara untuk mengontrol nyeri agar dapat relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endofrin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga akan nyeri berkurang (Sofiyah et al., 2016).

Masalah yang muncul pada tindakan setelah *sectio caesarea* akibat insisi oleh robekan jaringan dinding uterus dapat menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas sehingga ibu merasa nyeri karena adanya pembedahan. Pasien *post sectio caesarea* akan mengeluh nyeri pada daerah insisi yang disebabkan oleh robeknya jaringan pada dinding perut dan dinding uterus (Pransiska, 2015). Berat badan janin tergantung pada potensi pertumbuhan genetik yang mungkin

mengalami retardasi atau peninggian karena dukungan pertumbuhan yang diberikan ibu, integritas fungsional plasenta dan kemampuan janin menggunakan zat nutrisi. *Sectio Caesarea* pada keadaan emergency antara lain pada induksi persalinan gagal, kegagalan dalam kemajuan persalinan, diabetes atau preeklamsi yang berat, persalinan macet, perdarahan hebat dalam persalinan, janin besar (Sarwono, 2010).

2.1.3 Faktor-Faktor *Sectio Caesarea*

Faktor yang berhubungan dengan persalinan *sectio caesarea* adalah usia, paritas dan kejadian anemia. Dewasa ini kelahiran melalui *sectio caesarea* telah menjadi trend global, namun hal ini tidak menjadikan proses *sectio caesarea* terbatas dari keluhan-keluhan *post* bedah. Prosedur pembedahan dapat memberikan suatu reaksi emosional seperti ketakutan, marah, gelisah, dan kecemasan bagi pasien sebelum menghadapinya. Kelainan yang berbeda juga akan timbul setelah tindakan pembedahan itu dilakukan yang dapat terjadi karena tindakan pembedahannya (luka bedah), akibat anastesinya, atau akibat faktor lain ini termasuk status imunologi, seperti komorbiditas atau masalah psikologis pra-operasi (Apriansyah et al., 2014).

2.1.4 Manifestasi Klinis *Sectio Caesarea*

Tanda dan gejala yang muncul sehingga memungkinkan untuk dilakukan tindakan *sectio caesarea* adalah :

- a) Fetal distress
- b) His lemah/melemah
- c) Janin dalam posisi sungsang atau melintang

- d) Bayi besar
- e) Plasenta previa
- f) Kelainan letak
- g) *Disproporsi cevalo-pelvik* (ketidakseimbangan antar ukuran kepala dan panggul)
- h) Rupture uteri mengancam
- i) *Hydrocephalus*
- j) Primi muda atau tua
- k) Partus dengan komplikasi
- l) Panggul sempit
- m) Problem plasenta

2.1.5 Istilah-istilah *Sectio Caesarea*

a) *Sectio caesarea* primer

Dari semula telah direncanakan bahwa janin akan dilahirkan secara *sectio caesarea* tidak diharapkan lagi kelahiran biasa, misalnya pada panggul sempit yang ditandai dengan conjugata vera berukuran 8cm.

b) *Sectio caesarea* sekunder

Dalam hal ini kita bersikap mencoba menunggu kelahiran normal bila tidak ada kemajuan persalinan atau partus baru dilakukan *sectio caesarea*.

c) *Sectio caesarea* ulang

Ibu pada kehamilan yang lalu mengalami *sectio caesarea* dan masa kehamilan selanjutnya dilakukan *sectio caesarea* lagi.

d) *Sectio caesarea* histerektomi

Adalah suatu operasi dimana setelah janin dilahirkan dengan *sectio caesarea* langsung dilakukan histerektomi oleh karena suatu indikasi.

e) Operasi porro

Adalah suatu operasi tanpa mengeluarkan janin dari kavum uteri (tentunya janin sudah mati) dan langsung dilakukan histerektomi misalnya infeksi rahim berat (Nathan & Scobell, 2012).

2.1.6 Indikasi *sectio caesarea*

1) Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primiparatus disertai ada kelainan letak, disproporsi *sefalo pelvik* (disproporsi janin/panggul), sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, *plasenta previa* terutama pada primigravida.

2) Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum (Saputri & Solihah, 2013).

3) Indikasi waktu

Setelah 3 jam dibimbing melahirkan normal ternyata hasilnya nihil, sementara batuan dengan vakum atau forceps juga tidak memungkinkan maka alternatif terakhir adalah caesarea (Nurwita & Anggraeni, 2015)

2.1.7 Jenis tindakan *sectio caesarea*

1) *Sectio caesarea* transperitonealis

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak, bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga bahaya *rupture* uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak.

2) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea corporal*

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plica vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea* Transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya *ruptur* uteri pada kehamilan selanjutnya. (Tjahya, 2017)

3) *Sectio caesarea* ekstrapéritoneal

Insisi pada dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerpureal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena sulit dalam melakukannya (Isnaeni, Anapertiwi, and Iriantom, 2012).

2.1.8 Patofisiologi

Adanya hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal misalnya, plasenta previa sentralis dan lateralis, panggul sempit, disproporsi cephalo pelvic, ruptur uteri mengancam, partus lama, partus tidak maju, pre-eklamsia, distosia serviks, dan malpresentasi janin. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan *sectio caesarea*. Dalam proses operasi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan di sekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin yang akan ditutup dan menimbulkan rasa nyeri (Dinarti.R, 2017).

2.1.9 Komplikasi

1) Pada ibu

- a) Infeksi puerperal Komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.
- b) Perdarahan Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri.
- c) Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi
- d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurang kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* secara klasik

2) Pada janin

Seperti halnya dengan ibu, nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan *sectio caesarea*. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intranatal yang baik, kematian perinatal pasca *sectio caesarea* berkisar antara 4-7 % (isnaeni, ana pertiwi, and iriantom, 2012).

2.1.10 Discharge Planing

1. Dianjurkan jangan hamil selama kurang lebih satu tahun
2. Kehamilan selanjutnya hendaknya diawasi dengan pemeriksaan antenatal yang baik

3. Dianjurkan untuk bersalin dirumah sakit yang benar
4. Lakukan perawatan post op sesuai arahan tenaga medis selama dirumah
5. Jaga kebersihan diri
6. Konsumsi makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup (A. H Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.11 Penatalaksanaan

- 1) Letakkan pasien dalam posisi pemulihan
- 2) Periksa kondisi pasien cek tanda-tanda vital tiap 15 menit selama 1 jam pertama, kemudian tiap 30 menit jam berikutnya. Periksa tingkat kesadaran tiap 15 menit sampai sadar
- 3) Yakinkan jalan nafas bersih dan cukup ventilasi
- 4) Tranfusi jika di perlukan (Ilmiah et al., 2020).

2.2 Nyeri Akut

2.2.1 Definisi

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari 6 bulan, awalnya gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang di gambarkan sebagai kerusakan awalnya yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat di antisipasi atau di prediksi.(isnaeni, ana pertiwi, and iriantom, 2012)

Nyeri akut pada *post op sectio caesarea* dirasakan setelah operasi selesai dan pasien mulai sadar dan efek anastesi habis maka pasien akan merasakan nyeri pada

bagian tubuh yang mengalami pembedahan. Banyak ibu yang mengalami nyeri pada bagian luka bekas jahitan, keluhan tersebut wajar karena karena tubuh mengalami luka. Rasa nyeri pada daerah sayatan yang membuat pasien terganggu dan merasa tidak nyaman. Sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan, sehingga individu merasa tersiksa yang akhirnya akan mengganggu aktifitas sehari-hari (Dinarti.R, 2017).

2.2.2 Etiologi

- 1) Agen pencendera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma)
 - 2) Agen pencendera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan)
 - 3) Agen pencendera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
- (DPP PPNI, 2017).

2.2.3 Anatomy Fisiologi Nyeri

Fisiologi Nyeri Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis. Selanjutnya, stimulasi yang

diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar (Zubaidah & Naviati, 2015)

2.2.4 Tanda dan Gejala

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (DPP PPNI, 2017).

- 1) Tanda dan gejala mayor :
 - a) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri
 - b) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- 2) Tanda gejala minor :
 - a) Secara subjektif : tidak ada gejala minor dari nyeri akut
 - b) Secara objektif : nyeri akut di tandai dengan tekanan darah tinggi meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, daforesis (DPP PPNI, 2017).

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi

Nyeri bersifat kompleks, melibatkan pengaruh fisiologis, sosial, spiritual, psikologi, dan budaya. Jadi masing masing rasa sakit setiap individu berbeda. Pertimbangkan semua faktor yang mempengaruhi klien dalam rasa sakit. Hal ini

sioerlukan untuk memastikan pendekatan holistik memastikan pendekatan holistik terhadap penilaian dan perawatan pasien.(Yudiyanta, 2015)

- a. Usia
- b. Jenis kelamin
- c. Budaya
- d. Pengalaman masa lalu

Jika nyeri teratasi dengan tepat, individu mungkin lebih sedikit ketakutan terhadap nyeri dimasa mendatang dan mampu mentolersnsi nyeri dengan baik (Dinarti.R, 2017)

- e. Keluarga

Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering tergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu, melindungi

- f. Pola koping

Penting untuk mengetahui sumber koping individu selama nyeri sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga dan lain-lain. Sehingga klien menemukan jalan untuk mengatasi nyeri yang dirasakannya (Andarmoyo,

2013) **Kondisi klinis terkait nyeri akut :**

- 1) kondisi pembedahan
- 2) cedera traumatis
- 3) infeksi
- 4) sindrom koroner
- 5) glaukoma (DPP PPNI, 2017).

2.2.6 Penilaian respon nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin dilakukan adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian nyeri akut pada *post sectio caesarea* sama dengan nyeri pada umumnya

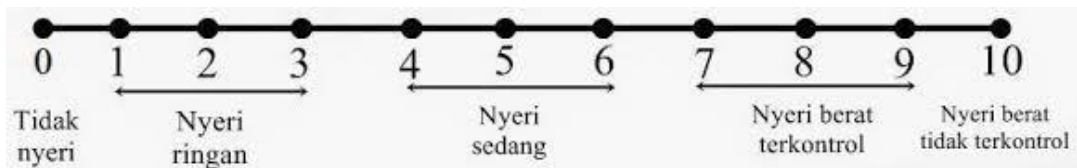
Menurut (Latifin & Kusuma, 2014), jenis pengukuran nyeri adalah sebagai berikut :

- a. . Skala tingkat nyeri deskriptif



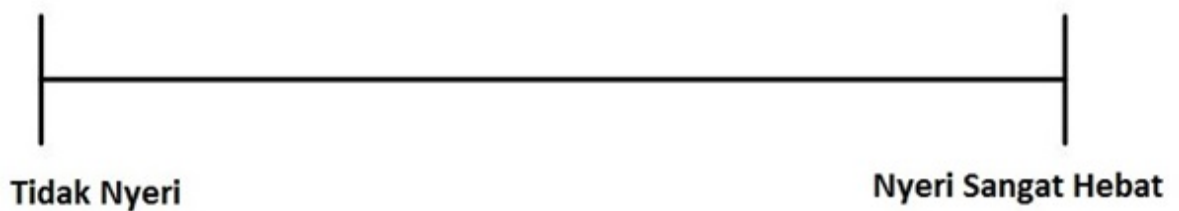
Gambar 2.2 verbals descriptor scale (VDS)

- b. Skala identitas nyeri numeric



Gambar 2.3 numerical rating scale (NSR)

c. Skala analog visual



Gambar 2.4 Visual analog scale (VAS)

d. Kategori dalam skala nyeri Bourbanis sama dengan kategori VDS, yang memiliki 5 kategori dengan menggunakan skala

0-10.), kriteria nyeri pada skalaini yaitu:

0 : Tidak nyeri

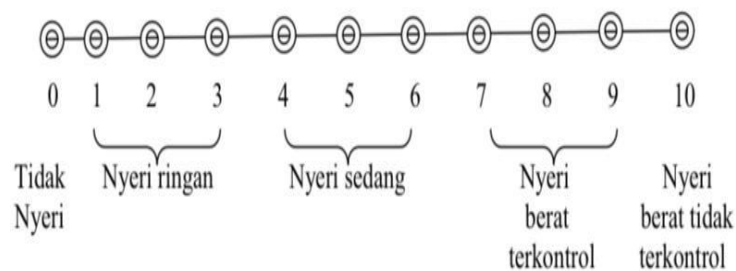
1-3 : Nyeri ringan, secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang, secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasinyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat, secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan

lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.



Gambar 2.5 skala bourbanis

e. Skala wajah wong – baker

Digunakan pada pasien dewasa dan anak anak > 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan tingkat nyeri dengan angka



Gambar 2.6 skala wajah wong – baker

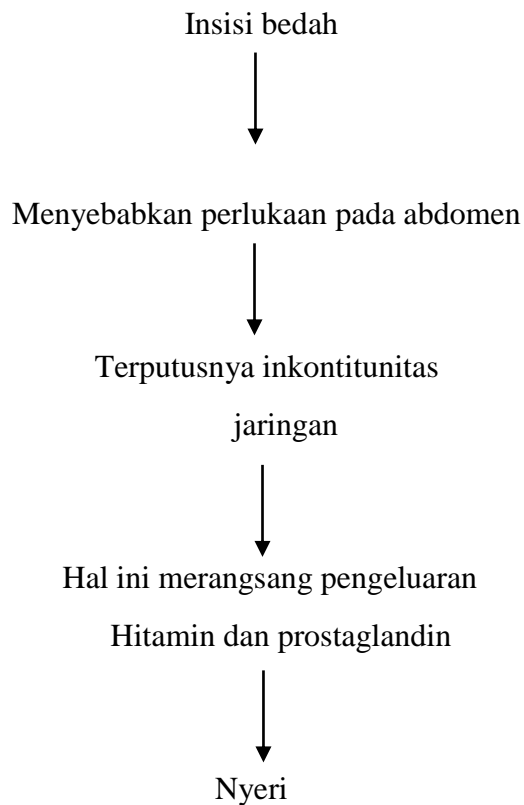
2.2.7 Patofisiologi Nyeri

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan. Sel yang mengalami nekrotik akan merilis K^+ dan protein *intraseluler*. Peningkatan kadar K^+ ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor, sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi *mikroorganisme* sehingga menyebabkan peradangan / inflamasi. Akibatnya, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E2, dan histamin yang akan merangsang *nosiseptor* sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri (hiperalgesia atau allodynia).

Selain itu lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang *nosiseptor*. Jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler dan H^+ yang selanjutnya mengaktifkan *nosiseptor*. Histamin, bradikinin, dan prostaglandin E2 memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi Perangsangan *nosisepto*. Bila *nosiseptor* terangsang maka mereka melepaskan substansi peptida P (SP) dan kalsitonin gen terkait peptida (CGRP), yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin), diikuti oleh vasodilatasi, mungkin juga

bertanggung jawab untuk serangan migrain . Perangsangan *nosiseptor* inilah yang menyebabkan nyeri (Bahrudin, 2018).

2.2.8 Pathway



Gambar 2.1 *Pathway* Nyeri Pada *Sectio Caesarea* (Bahrudin, 2018).

2.2.9 Penatalaksanaan

Upaya untuk penanganan nyeri pada ibu *post sectio caesarea* dapat dilakukan dengan menggunakan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis . Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis yang digunakan biasanya untuk menghilangkan nyeri digunakan analgesik yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesik non narkotik dan analgesik narkotik. Dengan berkembangnya IPTEK dan

banyaknya riset keperawatan (*Evidence Base*), sekarang banyak ditemukan penelitian terapi komplementer sebagai alternatif pilihan penatalaksanaan terapi nonfarmakologis. Penatalaksanaan nyeri secara non-farmakologis yang digunakan antara lain dengan menggunakan relaksasi, hipnosis, pergerakan dan perubahan posisi, masase kutaneus, hidroterapi, terapi panas/dingin, musik, akupresur, aromaterapi, teknik imajinasi, dan distraksi (Rinukti & Djanah, 2018). Akupresur adalah menekan titik-titik tertentu pada tubuh dipercaya bisa mengatasi penyumbatan aliran energi dan mengembalikan keseimbangan energi di tubuh. Nyeri yang muncul pada pasien *post sectio caesarea* disebabkan karena adanya rangsangan di insisi di jaringan. nyeri yang terjadi pada pasien *post sectio caesarea* dapat dilakukan dengan *pain management* (Hartati & Afiyanti, 2014)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien *Post Sectio Caesarea*

Berikut ini menjelaskan tentang 1. Pengkajian, 2. Diagnosis keperawatan, 3. Rencana keperawatan, 4. Implementasi, 5. Evaluasi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik secara bio,psiko, sosial dan spiritual (Dermawan 2012).

A. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat,

status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record.

B. Keluhan utama

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut :

P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri

Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien

R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien

S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien

T (*timing* atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan

a) Riwayat persalinan sekarang

Untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji yaitu kehamilan keberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.

b) Riwayat menstruasi

Pada ibu yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

c) Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, perkawinan keberapa, usia pertama kali kawin.

d) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.

e) Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

C. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

I. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit kronis atau menular dan menurun seperti jantung, hipertensi, DM, TBC, hepatitis, penyakit kelamin atau abortus.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat pada saat sebelum inpartu didapatkan cairan ketuban yang keluar pervaginam secara spontan kemudian tidak diikuti tanda-tanda persalinan.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, Hipertensi, TBC, penyakit kelamin, abortus, yang mungkin dapat diturunkan kepada pasien.

II. Pola Nutrisi/Metabolisme

Pengumpulan data difokuskan pada pola konsumsi makanan dan cairan relatif terhadap kebutuhan metabolik seperti :Intake nutrisi, Intake cairan, Intruksi diet sebelumnya, Nafsu makan, Keluhan lain : Mual, Muntah, Stomatitis, Penurunan sensasi kecap, Kesulitan menelan, Alergi makanan

III. Pola Eliminasi

Pengumpulan data difokuskan pada pola ekskresi (usus, kandung kemih, kulit). Masalah eksretoris seperti inkontinensia

Eliminasi Alvi

- a) Pola BAB, Masalah BAB, Alat bantu

Eliminasi Uri

- a. Pola BAK, Masalah BAK, Alat bantu

IV. Pola Aktivitas – Latihan

Pengumpulan data difokuskan pada aktifitas kehidupan sehari hari yang membutuhkan pengeluaran energi, termasuk aktifitas perawatan diri, olahraga, kegiatan rekreasi, pernafasan dan sistem kardiovaskuler

- a. Mobilitas/Aktifitas

Kemampuan perawatan diri meliputi : Makan/minum, berpakaian, mandi, toileting, mobilisasi di tempat tidur, berjalan

b. Respirasi

Masalah dengan pernafasan : tidak ada, sesak nafas, batuk produktif

c. Sirkulasi

Masalah dengan pernafasan : jantung berdebar, pucat, kelelahan

V. Pola Istirahat Tidur

Penilaian difokuskan pada kebiasaan tidur, istirahat, dan relaksasi seseorang. Pola tidur disfungsi, kelelahan dan repons terhadap kurang tidur seperti : Kebiasaan tidur, Yang dirasakan setelah bangun tidur, Masalah dengan tidur, Penggunaan alat bantu

VI. Pola Kognitif Perseptual

Pengumpulan data difokuskan pada kemampuan berfikir, pengambilan keputusan, sensasi nyeri dan penyelesaian masalah, orientasi tentang tempat dan orang waktu, kesulitan dalam membuat kalimat, kehilangan ingatan seperti, Kemampuan panca indra, Kemampuan bicara Kemampuan memahami, Nyeri (PQRST), Perubahan memori, Orientasi tempat, waktu, orang

VII. Pola Presepsi diri/ Konsep diri

Pengumpulan data difokuskan pada sikap seseorang terhadap diri, termasuk identitas, citra tubuh, dan rasa harga diri seperti, Persepsi terhadap diri sendiri, Kepuasan terhadap citra tubuh, Apakah suka berdandan

VIII. Pola Peran/Hubungan

Pengumpulan data difokuskan pada peran dalam keluarga dan hubungan dengan orang lain seperti: Perubahan peran, Status pekerjaan, Sistem pendukung

IX. Pola Seksualitas/Resproduksi

Pengumpulan data difokuskan pada kepuasan atau ketidakpuasan seseorang dengan pola seksualitas dan fungsi reproduksi seperti : Dampak sakit terhadap seksualitas, Usia menarche, Menstruasi terakhir, Masalah menstruasi, Hamil, Penggunaan kontrasepsi

X. Pola Koping/Toleransi Stress

Pengumpulan data difokuskan pada persepsi orang tentang stres dan strategis penanggulannya, sistem pendukung dan gejala stres seperti : Penggunaan sistem pendukung, Stressor sebelum sakit, Metode koping yang biasa digunakan, Faktor-faktor yang mempengaruhi koping, Efek penyakit terhadap tingkat stress, Penggunaan alkohol dan obat lain untuk mengatasi stres, Keadaan emosi sehari-hari : Tegang atau santai

XI. Pola Nilai/ Kepercayaan

Pengumpulan data difokuskan pada nilai-nilai dan keyakinan seseorang (termasuk keyakinan spiritual) seperti :Pengaruh agama dalam kehidupan, Kegiatan keagamaan selama sakit

D. Pemeriksaan fisik (head to toe)

- a. Keadaan umum : pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

- b. Kesadaran ibu seperti, TTV, Respirasi, Nadi, Suhu
- a. Kepala :
- Kebersihan : (✓) Bersih () Kotor
 - Warna rambut : (✓) Hitam () Putih () Lainnya
 - Rambut rontok : () Ya (✓) Tidak
 - Jejas : () Ada (✓) Tidak ada
 - Hematom : () Ada (✓) Tidak Ada
- b. Mata
- Simetris : (✓) Ya () Tidak
 - Konjungtiva : (✓) Merah muda () Anemis () Hiperemi
 - Pupil : (✓) Isokor () Anisokor
 - Palpebra : (✓) Edema () Tidak
 - TIO : () Meningkatkan () Normal
- c. Hidung : (✓) Simetris () Sianosis () Epistaksis
- d. Telinga
- Simetris : (✓) Ya () Tidak
 - Kebersihan : (✓) Bersih () Kotor
 - Gangguan pendengaran : () Ya (✓) Tidak
- e. Mulut
- Mukosa : (✓) Lembab () Kering () Pecah-pecah
(✓) Simetris () Sianosis () Stomatitis
 - Lidah : () Kotor (✓) Bersih
 - Leher : (✓) Normal
() Peningkatan tekanan vena jugularis
() Pembesaran kelenjar linfe
() Pembesaran Tiroid
- f. Jantung
- Bentuk dada : (✓) Simetris () Tidak simetris
 - Denyut apeks : (✓) Normal () Tidak Normal
 - Perkusi : (✓) Redup () Pekak
 - Aukultasi : (✓) S1 S2 Tunggal () Gallop () Mumur
- g. Payudara
- Pembekakan payudara : Tidak ada pembekakan abnormal pada payudara
 - Nyeri tekan saat palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - Warna aerola : Hitam kecoklatan
 - Papila mammae : Puting susu menonjol
 - Kebersihan mammae : Bersih
 - Pengeluaran : () Tidak Ada (✓) Ada
- h. Abdomen
- Inspeksi : (✓) Simetris () Asimetris () striae () spider navi
Terdapat luka bekas operasi pada abdomen bawah umbilikus kurang lebih 10cm, keadaan luka tertutup perban dan kering, tidak ada stretchmark
 - Kontraksi uterus :

- Nyeri tekan : Terdapat nyeri tekan pada sekitar luka, nyeri seperti Cekot-cekot dan perih, skala 7. Nyeri pada saat aktivitas
- Posisi uterus : Simetris
- Kondisi post op : Keadaan luka tertutup perban dan kering
- Bising Usus : 16x/mnt
- i. Ekstremitas : Tidak ada keluhan ROM baik, akral teraba hangat kekuatan otot penuh
- j. Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC) (Dinarti.R, 2017)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan

bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri). (DPP PPNI, 2017).

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka diharapkan nyeri berkurang atau terkontrol dengan kriteria hasil : a. Tidak mengeluh nyeri b. Tidak meringis c. Tidak bersikap protektif d. Tidak gelisah e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik g. Melaporkan nyeri terkontrol h. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat i. Kemampuan mengenali penyebab nyeri j. Kemampuan melakukan teknik non farmakologis dengan baik	Manajemen Nyeri a. Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi frekuensi, kualitas intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan b. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan teknik non farmakologis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan mengidentifikasi kemampuan nyeri kita dapat memastikan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Dengan mengidentifikasi respon nyeri non verbal kita dapat memastikan respon nyeri non verbal pada pasien pasien 3. Untuk mengidentifikasi nyeri yang dirasakan pasien 4. Dengan mengidentifikasi pengaruh nyeri kita dapat memastikan terhadap kualitas hidup terhadap nyeri 5. Untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Untuk melancarkan sirkulasi darah dan metabolisme tubuh 7. Dengan fasilitas istirahat dan tidur yang nyaman pasien dapat meringankan nyeri

<p>Proses pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya incontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Menstimulus reseptor nyeri</p> <p>↓</p> <p>Merangsang Hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut (Wardani, 2014)</p>	<p>untuk mengurangi nyeri (misalnya akupesure)</p> <p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>c. Edukasi</p> <p>8. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>9. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>11. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>d. Kolaborasi</p> <p>12. Kolaborasi pemberian analgesic</p>	<p>8. Agar pasien tau penyebab dan pemicu terjadinya nyeri</p> <p>9. Agar pasien dapat meredakan strategis nyeri</p> <p>10. Agar pasien dapat memonitoring nyeri secara mandiri</p> <p>11. Agar pasien dapat melakukan secara mandiri jika mampu</p> <p>12. Pencegahan infeksi dengan pemberian obat dapat mengurangi nyeri</p>
--	---	---

Tabel 2.1 Intervensi keperawatan pada nyeri akut dapat dilihat dari tabel diatas
Sumber: (PPNI DPP SLKI, 2018).

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi merupakan pelaksanaan rencana keperawatan yang dilakukan oleh perawat dan pasien.

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Mengidentifikasi lokasi nyeri

3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal
4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri
6. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
8. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Memonitor efek samping penggunaan analgetik
10. Memberikan teknik *non* farmakologis untuk mengurangi nyeri
(misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin)
11. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)
12. Memfasilitasi istirahat dan tidur
13. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
14. Mengkolaborasikan pemberian analgesik (Dinarti.R, 2017).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP (Dinarti.R, 2017).

Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
<p>Nyeri akut berhubungan dengan kondisi pembedahan pada pasien post <i>op sectio caesarea</i>.</p>	<p>S (Subjektif) Data yang di peroleh dari respon pasien secara verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengetahui penyebab dan tanda nyeri b. Pasien mengatakan nyeri berkurang c. Pasien mengetahui skala, intensitas dan frekuensi nyeri <p>O (Objektif) Data yang diperoleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu mengontrol nyeri <p>A (anlisis) Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil b. Tujuan belum tercapai apabila respon tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan <p>P (Planning) <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai b. Lanjtkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien </p>

Tabel 2.2 Evaluasi pada nyeri akut dapat dilihat dari tabel diatas
Sumber: (Dinarti.R, 2017).